Aus der Universitäts-Augenklinik Würzburg
Vorstand: Professor Dr. Passow

Lupus faciei und Auge

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der Hohen Medizinischen Fakultät
der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg
zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Hermann Quinkler
aus Haselstein (Vorderrhön)

WÜRZBURG 1940
BUCHDRUCKEREI FERDINAND PIEPER / WEENDE-GÖTTINGEN

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität Würzburg.

Referent: Geheimrat Prof. Dr. F. Schieck

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Meiner lieben Mutter und ältesten Schwester Anna
in Dankbarkeit gewidmet.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543516_0066

Bei der Erörterung des Gesichtslupus und seiner Beziehungen zum Auge beschränke ich mich auf den Lupus vulgaris, da nur diese Lupusform sicher secundäre krankhafte Erscheinungen am Auge hervorruft. Beim weiblichen Geschlecht wird der Lupus etwa doppelt so häufig beobachtet als beim männlichen und zwar, wie aus den Ermittlungen von Kreßner hervorgeht, war das Verhältnis von Männern und Frauen an der Würzburger Universitätshautklinik 543 : 278, das ist 2 : 1. Der Lupus vulgaris wird durch Ansiedlung von Tuberkelbazillen in der Haut hervorgerufen und kommt größtenteils auf dem Blutweg von inneren Tuberkulosenherden aus zu stande. Er kann außerdem auch lympho- und exogen entstehen. Neben der Tuberkulosis colliquativa ist der Lupus vulgaris die häufigste Form der Hauttuberkulose. Rupp hat nachgewiesen, daß in Deutschland die Verbreitung des Lupus vulgaris der Häufigkeit der Lungentuberkulose parallel geht.

Die häufigste Lokalisation des Lupus vulgaris ist das Gesicht, besonders an der Nase, den Wangen und an der Oberlippe ist er anzutreffen.

Nach den Erhebungen von Kreßner wurde an der hiesigen Universitäts-Hautklinik folgende Verteilung gefunden:

Auf einen Körperbezirk beschränkter Lupus:

Gesicht 376 mal,	davon Stirn	10 mal,
	Ohrgegend	23 mal,
	rechte Wange	56 mal,
	linke Wange	64 mal,
	beide Wangen	8 mal,
	Wange und Nase	78 mal,
	Nase allein	87 mal,
	Unterkiefergegend	19 mal,
	das ganze Gesicht	31 mal.

Lupus in verschiedenen Körpergegenden:

Mehrere Herde mit Gesichtsbeteiligung 88 mal.

Von denjenigen Kranken, bei denen mehrere Herde im Gesicht bestanden, wurden als Ort des ersten Auftretens angegeben:

Stirn	1 mal	=	1,1 %
Augengegend	2 mal	=	2,2 %
Ohrgegend	7 mal	=	7,8 %
Wange	22 mal	=	24,4 %
Nase	53 mal	=	58,9 %
Kinn, Unterkiefer	5 mal	=	5,6 %

Im Gesicht kann die Erkrankung schmetterlingsartig auftreten und oft besteht sogar eine gewisse Symmetrie. Der Lupus ist eine ernste Erkrankung und muß also als Träger einer manifesten tuberkulösen Infektion angesehen werden. Daß er auch schwerste Veränderungen am Auge hervorrufen kann, möchte ich im folgenden an Hand von vier Fällen aus der Würzburger Universitäts-Augenklinik und ferner aus der Literatur näher erörtern.

I. Fall.

N. N., 66 Jahre alte Frau eines Korbmachers.

Anamnese: Vor 35 Jahren ist Patientin an einem Gesichtslupus erkrankt. Seit dieser Zeit wiederholt Entzündungen an beiden Augen gehabt. Dauernde ambulante Behandlung in der hiesigen Universitäts-Augenklinik. Seit vier Wochen nunmehr Entzündung des re. Auges. Da eine Besserung bei ambulanter Behandlung nicht eintrat, wurde sie in die Klinik aufgenommen.

Befund: V. r. 5/15.
V. l. 2/35 + 40.
Große Lupusnarbe von der Stirnmitte über li. Schläfen- und Jochbeingegend zum li. Unterkieferwinkel ziehend. Über der Nasenwurzel und an der li. Wange vereinzelte mit gelben Krusten bedeckte Knoten. Lidhaut bds. leicht ekzematös, aus Tränensäcken nicht ausdrückbar. Bulbi in normaler Lage und Stellung, nach allen Richtungen frei beweglich.

R. A. Im ganzen heftig gereizt. Gemischte perikorneale Injektionen mäßigen Grades. Hornhautoberfläche matt glänzend und leicht höckerig. In der unteren Hälfte mehrere unregelmäßig begrenzte, nicht färbbare kleine Narben. Geringe Randvaskularisation.

Paralimbös zwischen 12 und 1^h tiefes (fast bis zur Deszemetschen Membran reichendes) Hornhautgeschwür mit gestanzten Rändern. Vaskularisation des Geschwüres vom Rande her. Vorderkammer leicht opaleszierend. Iris reizlos, hintere Synechien bei 3^h und zwischen 6 und 9^h. Trübung der hinteren Linsenschale.

O.: Ganz verwaschener Einblick. Papille nur am nasalen Rand des Sehloches als heller Fleck zu sehen.

L. A.: Gering gereizt: Hornhautoberfläche in ganzer Ausdehnung diffus gestippt. Paralimbös zwischen 7 und 8^h längliches Geschwür mit kraterförmigen Rändern. Randvaskularisation im unteren Umfange. Vorderkammer klar. Iris reizlos. Promptes, wenn auch wenig ergiebiges Pupillenspiel. Grobe hintere Schalentrübung der Linse.

O.: Verwaschener Einblick. Sehnervenscheibe o. B.

Diagnose: Lupus vulgaris, Ulcus corneae re. und li.

Therapie: Atropintropfen und Salbe. Scharlachrotsalbe. Re. Verband.

27.6.36: Re.: Geschwür färbt sich nur noch ganz schwach, dagegen Hornhautoberfläche in toto diffus gestippt und höckrig.
Li.: Nicht mehr gefärbt. Vorderkammer bds. klar.

8.7.36: V.r. 5/15 p.
li.: 5/15 Gbn.
Beide Augen sind völlig reizfrei.

Re.: Hornhautoberfläche klar, Fluoreszin neg.
Bds. übrige brechende Medien o.B.

18.7.36: Heute aus stationärer Behandlung der Klinik entlassen.

Ordination: Noviformsalbe.

II. Fall.

N.N., 49 Jahre alte Arbeiterfrau hat seit 20 Jahren einen Lupus der li. Mittelgesichtspartie. Seit Februar 1936 bestehen li. Hornhautgeschwüre, deretwegen sie im Mai in Nürnberg in Behandlung war.

V.r. + 1,5 5/4 p + 2,75 N_1.

V.li. 1/50.

R.A.: o.B.

L.A.: Infolge Narbenzug li. kein völliger Lidschluß möglich. Cornea wird aber gedeckt. Bulbus stärker gemischt injiziert. Ulcera, Grund und Ränder nur gering infiltriert. Hornhautepithel aufgelockert, matt. Parenchym trübe; eingesproßte gering injizierte Gefäße. Oben vorgeschobenes Randschlingennetz.

V.L.: opaleszierend. Teils etwas hyperämisch, Pupille reagiert.

O.: Kein Einblick.

Diagnose: Lupus der li. Gesichtsseite.
L.: Hornhautulcus, Keratitis, Lagophthalmus.

Therapie: Scharlachrotverband.

14.9.36: Reizung geringer. Ulcera in bisheriger Ausdehnung nicht mehr so tief. Pupille eng, reagiert nicht. Hat zeitweise kein Atropin bekommen. Forcierte Weitstellung.

18.9.36: Idem. Pupille erweitert sich nur außen oben. Iris nur mäßig hyperämisch.

V.K.: gering getrübt. Forcierte Weitstellung.

Behandlung vom 21. 9. — 27. 9. ist die gleiche.

1.10.36: Auge immer noch stark gemischt injiziert. Bei 5^h und 7^h Skleralknötchen kaum druckempfindlich. Cornea im skizzierten Bezirk grau getrübt. Aufgelockert.

V.K.: nur opaleszierend, Iris kaum hyperämisch. Pupille nur von 12^h bis 4^h nicht mit der Linse verklebt. Subjektiv manchmal geringe Schmerzen.

Therapie: weiterhin Scharlachrotverband.

9. — 26. 10. 1936

Behandlung: Synechien nicht zu sprengen. Langsame Besserung des Hornhautbefundes unter Abblassung der Reizung.

Vom 29. 10. — 11. 11. Behandlung unverändert.

V. li.: 1/50. Bulbus unten noch mäßig injiziert. Cornea nicht wesentlich verändert.

V. K.: Fast klar. Teilsynechien unverändert. Iris scheint reizfrei. Palpatorisch keine Drucksteigerung. Wird nach Hause entlassen.

Ordination: Atropin T. 0,1 %.
Pellid. S. Noviform-Salbe.
Kommt später zur evtl. Lidplastik. Es war eine Raffungsoperation des li. Unterlides beabsichtigt, durch die der mangelhafte Lidschluß beseitigt werden sollte.

III. Fall.

N. N., 18. 6. 1936: 36 Jahre alte Arbeiterfrau mit ausgedehntem Gesichtslupus in ambulanter Behandlung. Unterlider bds. vollkommen ektropioniert. Reizabsonderung der injizierten Lidbindehaut, die links mit gelblichen Borken belegt ist. Links über den Brauen narbige Hautveränderungen. Hornhautinfiltrat bei 5^h mit Vaskularisation.

V. r.: 5/5 sph. cyl. + 0,75 A. 90^0 5/4 N_1

V. li.: 5/5 cyl. + 0,5 A. 90^0 5/5 N_1.

Therapie: Borsalbenverband.

IV. Fall.

N. N., 29 Jahre alte Näherin. Schon seit 1922 in der hiesigen Universitäts-Augenklinik in Behandlung gewesen. Kam wegen Entzündung des li. Auges am 20. Februar in die Sprechstunde. Seit 8 Jahren besteht ein Lupus der Supraorbitalgegend. Deshalb bereits in ärztlicher Behandlung.

Aufnahmebefund:

R. A.: Conjunctiva gering gereizt.

Lider: Ränder etwas gerötet.

Hornhaut: klar, Iris, Linse o. B.

ophth.: o. B.

V.: S = 0,9 G. b. n.

Li. A. Lider: In der Gegend der Braue stark nässendes Ekzem.

Oberlid: ziemlich geschwollen, Lidrand gerötet, pflaumengroße derbe Infiltration, die bei Glasdruck Lupusflecke erkennen läßt.

Conj.: starke Lichtscheu, stark gemischt injiziert.

Cornea: Bei 1^h über stecknadelkopf großes Ulcus. In der Umgebung feinstippige Infiltration.

Iris: nicht hyperämisch.

ophth.: große Lichtscheu, kein Einblick.

Vis. S.: = 0,5 G. b. n.

Diagnose: Blepharokeratoconjunctivitis luposa li. Lupus des li. Oberlides.

Therapie: Atropin. Borsalbenverband.

23. 2. 1922: Besserung des Lupus des li. Oberlides. Noch sehr starke Lichtscheu, Ulcus bei 1^h in Reinigung begriffen.

27.2.: Geringer Rückgang der Lichtscheu. Einsprossen von Gefäßen in den Gefäßgrund.

4.3.: Injektion geht zurück. Der ziemlich tiefe Geschwürsgrund ist gut gereinigt.

7.3.: Gute Vaskularisation des Geschwürsgrundes.

12.3.: Noch immer ziemlich injiziert, besonders am li. Auge.

23.3.: Entlassen. Entlassungsbefund: Der Lupus ist bis auf einen linsengroßen Defekt abgeheilt. Die Haut ist hier stark gerötet.

Re. A. Conjunctiva: noch ganz gering injiziert. Cornea, Linse, Iris: o. B.

V.: + 0,75 Di. S = 1,0.

L. A. Conjunctiva: noch gering injiziert.

Cornea: bei 1h gute Auffüllung des Geschwürdefektes. Gutes Einsprossen von Gefäßen.

Linse: ophth. o. B.

V.: + 0,75 Di. S. = 1,0. Borsalbe.

27. 1. 1931: Wird von der Hautklinik geschickt.

L.: Lupus des Supraorbitalbogens, des Ober- und Unterlides und des Nasenrückens. Augenbraue haarlos. Cilien des Oberlides nur temporal und nasal erhalten (eine schleifende Cilie entfernt). Lupus hat auf den nasalen Teil der Conj. tarsi des Oberlides übergegriffen. Conjunctiva bulbi et tarsi stark gerötet.

Cornea: Von oben mäßige Vaskularisation. Maculae corneae.

V. r.: 5/4 N_1.

V. li.: + 2,0 sph 5/20 N_6. Borsalbe.

27. 3. 1931: Keine Veränderung.

14. 2. 1933: Klinikaufnahme.

Aufenthaltszeit: 14. 2. 1933 — 13. 4. 1933.

Wiederaufnahme: 19. 4. 1933.

Krankheit: Keratitis luposa li.

Wegen des Lupus vor zwei Jahren in Behandlung gewesen.

Seit 11. 2. 1933 li. Auge krank.

Befund am 14. 2. 1933:

V. r.: + abgel. N_1.

V. li.: 5/60.

Re. A.: äußerlich und ophth. o. B.

L.: Auf der li. Stirnseite bis fast an die Haargrenze reichende Lupusherde, teils narbiger, teils frischer Natur; nach unten ziehen sie über den Nasenrücken bis fast an den re. inneren Lidwinkel. Nach temporal bis über die äußeren Lidwinkel hinaus. Das Oberlid ist narbig verkürzt, die Cilien am Lidrand fehlen im mittleren Drittel ganz. Das Auge kann nicht ganz geschlossen werden. Stärkeres Tränen.

Bulbus: gemischte Injektion.

Cornea: Zentral zwei dicht infiltrierte Knötchen, die bis in die tiefen Hornhautschichten reichen und nach außen prominent erscheinen. Geringe Vascularisation. Bei 2h parazentral zarte rundliche Maculae mit etwas stärkerer Vascularisation. Die Hornhauthinterfläche ist betaut.

V. K.: Iris o. B. Linse: zarte hintere Schalentrübung.

O.: kein deutlicher Einblick, scheinbar o. B.

Therapie: Skop., Noviformsalbe.

15. 2. 1933: 2 mal täglich 2' Bestrahlung.

17. 2. 1933: Viel klarer geworden.

18. 2.: Unter die äußerste Spitze der Lupusherde zwischen Nasenrücken und Unterlid wird etwa $^1/_2$ ccm der Armvene frisch entnommenen Blutes injiziert.

21. 2.: Das Blut hat sich subcutan verteilt, besonders nach dem Unterlid zu. Die Prominenz der Hornhautknötchen ist völlig zurückgegangen. Weiterhin zwei mal 2' Bestrahlung.

24. 2.: Die Lupusherde im Bereich der Injektion sind weicher geworden.

28. 2.: Die Herde unterhalb des li. Unterlides einschließlich dem am temporalen Lidwinkel werden mit Eigenblut aus der Armvene unterspritzt, von der Grenze zum Gesunden aus (5 bis 6 maliges Eingehen).

1. 3.: Die Herde des umstochenen Gebietes haben ihre Schuppen und rauhe Oberfläche verloren, sind kaum mehr erhaben und sind weicher geworden. Interne Untersuchung.

7. 3.: Der oberste Herd an der Stirn wird mehrfach mit Blut unterspritzt.

10. 3.: An Stelle des Hornhautknötchens drei epithelialisierte Dellen und zwar nasal die größte, nach temporal die kleinere und temporal oben die kleinste. Macula unverändert. Absetzen der Bestrahlung.

18. 3 1933: Der frontale Herd, der genau in der Mitte fast senkrecht abschließt, wird entlang dieser Linie zum Teil vom Gesunden aus zum Teil oberflächlich im lupösen Gewebe unterspritzt.

21. 3.: Seit heute Auftreten einer Phlyktäne am Limbus bei 1h. Conjunctiva total injiziert.

Ordination: Bds. Scop. und Noviformsalbe, bds. Verband.

23. 3.: Reizzustand re. geringer.

28. 3.: Injektion okkul., temporal und unten nasal. Die früheren Einstichstellen sind wesentlich blasser und weicher als die Umgebung.

4. 4.: Eigenblutinjektion an der ganzen Peripherie der lupösen Stellen.

10. 4.: Die behandelten Lupuspartien sind etwas eingesunken und weicher geworden.

13. 4.: Auf Wunsch über Ostern mit Noviformsalbe entlassen. Phlyktäne rechts fast abgeheilt, li. reizlos, kleine Delle. Kommt Mittwoch nach Ostern wieder zur weiteren Lupusbehandlung.

19. 4.: Wiederaufnahme. Befund gleich dem Entlassungsbefund.

23. 4.: Reichlichere Menge von Blut wird unter den Stirnherd und unter den des Unterlides injiziert.

24. 4.: Patient hat Spannungsgefühle.

6. 5. 1933: Subcutane Eigenblutinjektion unter dem Herd rechts vom Nasenrücken.

18. 5. 1933: Subcutane Eigenblutinjektion unter den medialen und nasalen Stirnherd.

27. 5.: Subcutane Eigenblutinjektion unter die ganze Peripherie.

20. 6.: Subcutane Eigenblutinjektion am Nasenrücken.

1. 7.: Subcutane Eigenblutinjektion am Nasenrücken.

15.7.: Desgleichen.

25.7.: Entlassung. Die unterspritzten Ränder sind wesentlich blasser und lockerer. Die Haut fühlt sich weicher an, nicht mehr so straff und derb. Am besten reagierten die Stellen, an denen tief unterspritzt wurde.

19.2.1934: Wiederaufnahme in die Klinik.

Befund: Lupusherde im ganzen etwas erhabener. Auge fast reizlos. Hornhaut klar, zentral und parazentral spiegelnde Delle, übrige Abschnitte o.B. Nach einem Bericht aus der Hautklinik ist der Lupus fortgeschritten und eine Sprechstundenbehandlung nicht möglich.

V.r.: + 0,5 5/4 p. N_1.

V.li.: 5/35.

22.2.34: Entlassen.

28.10.1934: Patientin klagt über Tränen. Auge äußerlich reizlos. Auf der Hornhaut die alten Maculae.

Ordination: Noviformsalbe.

9.12.1935: Kommt, da links Narbenektropium des Ober- und Unterlids besteht, zur evtl. Lidplastik. Ganz frisch excidierte Herde. Ektropiumoperation noch zurückgestellt.

27.12.: Wiederaufnahme. Die Patientin war seit 25.11. bei ihrem Arzt wegen Hornhautinfiltrates des linken Auges in Behandlung. Da jetzt eine starke Verschlimmerung mit erheblichen Schmerzen eintrat, wird Patientin eingewiesen. Es bestehen ausgeprägte Lupusherde alter und frischer Natur an der linken oberen Gesichts- und Stirnpartie. Das Ektropium der Lider ist stärker geworden, der Bulbus liegt in großer Ausdehnung unbedeckt. Ein Lidschluß ist nicht annähernd zu erzielen.

V.r.: 5/4 N_1.

V.li.: 5/50.

R.A.: o.B.

L.A.: stark gemischt injizierter Bulbus.

Cornea: Außer alten Maculae ringsherum paralimbär fluoresz. + Epitheldefekte: oben zwischen 10 und 12^h tiefgreifender ulceröser Prozeß mit gering infiltriertem Grund und Rändern.

V.K. Kammerwasser leicht getrübt.

Iris: hyperämisch.

Linse und Fundus: o.B.

Therapie: Noviformsalbe; Scopolamin-S.

30.12.1935.

L.A.: Stark gemischte perikorneale Injektion. Auf der Hornhaut zahlreiche alte Maculae. Bei 11^h paralimbär großer tiefgreifender stark fluoresz. + Defekt, ringsherum mehrere oberflächliche Epitheldefekte.

V.K.: klar, kein + Tyndall.

Iris: geringe Hyperämie.

Therapie: Atropin, dicker Scharlachrotsalbenlappenverband.

6.1.1936.: L.i. Auge vollkommen blaß. Die Hornhautnarbe ist fluoresz. neg., von leicht höckriger Oberfläche.

Therapie: Dicker Borsalbenbelag, Verband.

10.1.1936: Vorbereitung auf die plastische Operation. 10 ccm Ca i.v., fleischfreie Kost, viel Gemüse.

11.1.: Operation. Li. Plastik des Unterlides. Entlastungsschnitt. Bildung eines Thiersch'schen Lappens und Hochklappen. Nähte.

12.1.: 10 ccm Calcium Sandoz i.v.

18.1.: Der Mundlappen ist gut eingeheilt. Bulbus selbst ist blaß.

Ordination: Borsalbe, Wärme.

20.1.: 10 ccm Calcium Sandoz i.v. Im Bereich der Lupusnarbe auf der Stirn hat sich eine kleine nässende Stelle gebildet.

24.1.: Untersuchung in der Hautklinik, die ein unspezifisches Ulcus ergab. Behandlung mit indifferenter Salbe (Zinkpaste) empfohlen.

27.1.1936: 10 ccm Calcium Sandoz i.v. Hornhautoberfläche zeigt im Gebiet der Maculae zart fluoresz. + Stellen.

Ordination: Borsalbenverband.

28.1.: Operation: Oberlidplastik li. Transplantation eines ungestielten Thiersch'schen Lappens vom rechten Oberarm.

31.1.: Der transplantierte Lappen färbt sich rosa, von unten her erfolgt reichlich Gefäßeinsprossung.

3.2.: Einheilung des transp. Lappens. Das Oberlid kann bereits bewegt werden.

7.2.: Fäden entfernt.

14.2.: Hornhautoberfläche fl. negativ, im oberen Abschnitt Epithel gekörnt, ausgedehnte zarte Maculae.

18.2.: Operation: Modifizierte Symanowsci-Kuhnt am inneren Lidwinkel.

26.2.: Lid steht besser. Entlassen.

5.5.: Der Entstellungsschaden ist durch die plastischen Operationen wesentlich gebessert. Soll in zwei Monaten wiederkommen.

4.2.1937: Patientin wird vom Luitpoldkrankenhaus zur eventuellen Operation geschickt, doch wird eine weitere Operation abgelehnt.

Die Augenlider werden selten primär vom Lupus betroffen, meist erkranken sie sekundär. Infolge ausgedehnter Narbenschrumpfungen kann es zu Ektropium kommen, wodurch der Lidschluß behindert oder unmöglich wird, besonders, wenn oberes und unteres Lid befallen sind. In schweren Fällen können alle vier Lider zerstört werden. Rauh veröffentlicht einen Fall mit hochgradigen Zerstörungen der Lider und der Gesichtshaut nach Lupus. Die beiden Unterlider wurden durch gestielte Lappen von der Stirn wiederhergestellt und später eine Korrektur durch schmale frei transplantierte Lappen vom Oberarm vorgenommen. Die Lippen überpflanzte er mit großen freien Hautlappen und am li. Oberlid machte er eine freie Plastik, ebenso eine Nasenprothese mit Brillengestell.

Über die klinischen und histologischen Befunde von Lidhautlupus berichtet Komoto: „Isolierter Lupus der Lidhaut in Form einer scharf begrenzten 40×16 mm großen trockenen, schuppenden, von Knötchen durchsetzten Hautstelle, die in der Mitte ulzeriert ist. Exstirpation der kranken Stelle und Deckung der Hautlappen vom Oberarm. Histologisch: Infiltration von Subcutis und Orbicularmuskel

mit Lymphozyten, Epitheloidzellen, Riesenzellen, Fibroblasten in Knötchenform."

Cipriani, Mariano gibt einen Fall von ulzeriertem Lupus vulgaris des Lides bekannt. Es handelt sich um einen 22 Jahre alten Bauern, der seit 5 Monaten am Unterlid des re. Auges eine Veränderung aufwies. Im Anfang soll es ein ganz kleiner, harter Tumor in der Nähe des Marginalrandes gewesen sein. Bei der letzten Untersuchung fand der Verfasser einen großen Leberfleck von unregelmäßiger Form und rötlicher Farbe, der zentral ulzeriert war. Diaphanoskopisch waren darin verschiedene Punkte gelblicher Farbe sichtbar. Die Behandlung bestand in Bestrahlungen der skarifizierten Lupusstelle mit der Arone-Lampe in der Distanz von 35 cm. Zu Beginn Sitzungen von 20' Dauer. Die Bestrahlungen wurden in der ersten Woche gesteigert bis zu 40'. Schon nach 8 Sitzungen war das Infiltrat stark zurückgegangen und die zentrale Ulzeration verschwunden. Nach weiteren 6 Bestrahlungen fand sich nur noch eine weiße glatte Narbe. Von den Lupusknötchen sei nichts mehr zu sehen gewesen.

Neben den Erkrankungen der Augenlider finden sich beim Lupus des Gesichts auch Affektionen der Bindehaut, Hornhaut und des Tränensackes. Bei anderen Erkrankungen der Bindehaut tuberkulöser Natur ist die Differentialdiagnose schwierig. Am wahrscheinlichsten wird die Diagnose, wenn der Lupus sich auch an anderen Hautstellen findet. Auch phlyktänuläre Augenleiden sind bei Lupuskranken nicht selten. Die Hornhaut beteiligt sich am Lupus teils durch phlyktänuläre Keratitis, teils durch tuberkulöse Geschwüre oder Knoten mit all ihren Folgeerscheinungen bis zur Schrumpfung des Augapfels.

Kurati Yosi berichtet über einen Fall von Lupus conjunctivae et corneae mit Bildung osteoiden Gewebes im li. Bulbus eines 20 Jahre alten Patienten. Der Lupus war entlang dem Ductus nasolacrimalis sekundär vom anderen Nasenabschnitt auf den Bulbus übergegangen. Histologisch fanden sich auch Veränderungen an der Iris und im Ciliarkörper. In eine diffus angeordnete aus Lymphozyten und Plasmazellen bestehende Zellmasse waren Epitheloidzellen und Langhans'sche Riesenzellen eingestreut, und in der Hinterkammer war in Bindegewebsfasern eingebettet, osteoides Gewebe festzustellen. Der Verfasser nimmt an, daß sich der Verknöcherungsprozeß im Bulbus durch die von neu gebildeten Bindegewebszellen umgebildeten Osteoblasten mittels indirekter Metaplasie abspielt und vielleicht eine chronische Entzündung den Reiz zu dieser Metaplasie gibt.

Die Bindehaut- und Hornhauttuberkulose bei Lupus ist meistens sekundär entstanden. Baratta, Orazio beschreibt einen Fall bei einem 18 Jahre alten Mädchen mit Lupus der Nase. Hier kam es innerhalb von 5 Monaten zu einer mächtigen Infiltration der Bindehaut und

Hornhaut mit reichlich Gefäßneubildung und Substanzverlusten. Es entstand allmählich ein Ciliarstaphylom und Atrophie des Augapfels mit Symblepharon. Der Verlauf dieser von der Nase ausgehenden Erkrankung ist nach der Ansicht des Verfassers sehr schnell und deletär.

Marin Amat veröffentlicht einen Fall von primärer Bindehauttuberkulose nach Lupus der Nase. Zunächst trat bei dem Patienten eine Lidschwellung mit Fremdkörpergefühl auf, was sich aber wieder besserte. Nach einem Jahre zeigte sich ein Lupus der Nase. An der Bindehaut des Oberlides war ein grau belegtes Ulcus mit Papillarhypertrophie der Umgebung zu sehen. Der Tierimpfversuch und die Cutanreaktion auf Tuberkulose fiel positiv aus. Die Behandlung bestand in der Durchführung einer Diät nach Gerson und in einer Tuberkulinkur.

Am Schluß meiner Arbeit möchte ich über die Häufigkeit der Augenerkrankungen noch einige Statistiken anführen. Bei 10 bis 14 % aller Lupuskranken finden sich nach Groenouw Erkrankungen der Tränenabflußwege, außerdem Tuberkulose des Tränensackes, die unter dem Bilde der Tränensackblennorrhoe auftritt. In der Regel ist die Exstirpation des Tränensackes erforderlich. Weniger häufige Augenleiden bei Lupus sind Erkrankungen der Augenhöhlenknochen, Iritis und Iridocyclitis. Bender fand unter 380 Lupuskranken 2 mal die Lider, 21 mal die Bindehaut und 24 mal den Tränennasengang betroffen und Block unter 142 Fällen von Lupus des Gesichts 8 mal die Lider und 7 mal die Bindehaut. Augenleiden nicht tuberkulöser Art, wohl aber meist skrofulöser Natur werden bei mehr als $^1/_3$ aller Lupuskranken gefunden. Nach den Untersuchungen von Kreßner an der hiesigen Universitäts-Hautklinik ergab sich ebenfalls ein hoher Prozentsatz der mit tuberkulösen Augenleiden Behafteten und zwar waren bei 29 Lupuskranken 22 mal Krankheiten der Hornhaut, 3 mal Krankheiten der Iris und Cornea und 4 mal Conjunctivitis.

Und nun ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Prof. Dr. F. Schieck für die freundliche Überlassung des Themas und die Anweisungen, die er mir gegeben hat, zu danken.

Literatur-Angabe.

Volk, Richard: Tuberkulose der Haut.

Feicl, F. Jak.: Lupus erythematodes, Granuloma annulare.

Riecke, E.: Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Zieler, Jakobi: Atlas und Lehrbuch für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Groenouw: Die Beziehungen des Auges zu den Hautkrankheiten.

Rauh: Referat im Zentralblatt für die gesamte Ophthalmologie 1935, Bd. 34, S. 692.

Komoto: Referat im Zentralblatt für die gesamte Ophthalmologie 1933, Bd. 29, S. 485.

Cipriani, Mariano: Referiert im Zentralblatt f. d. ges. Ophth. 1933, Bd. 28, S. 734.

Kuraty Yosy: Referiert im Zentralbl. f. d. ges. Ophth. 1936, Bd. 36, S. 682.

Baratta, Orazio: Referiert im Zentralbl. f. d. ges. Ophth. 1933, Bd. 28, S. 682.

Marin, Amat: Referat im Zentralbl. f. d. ges. Ophth. 1931, Bd. 133, S. 566.

Kreßner, Elsbeth: Untersuchungen über Hauttuberkulose. 1. Klinische und statistische Erfahrungen.

Lebenslauf.

Ich bin geboren am 5. Juni 1911 zu Haselstein, einem kleinen Dörfchen der Vorderrhön, als Sohn des Landwirts Edmund Quinkler und seiner Ehefrau Maria, geb. Höhl. In Hünfeld besuchte ich 5 Jahre lang die städt. Lateinschule, darauf 4 Jahre das humanistische Gymnasium zu Fulda, wo ich im Februar 1932 die Reifeprüfung ablegte. Im Wintersemester 1932/33 begann ich in Würzburg mit dem Medizinstudium, dem ich 4 Semester oblag. Meine ärztliche Vorprüfung legte ich nach einem weiteren Semester in München ab (April 1935), wo ich noch zwei klinische Halbjahre zubrachte. Darauf kehrte ich nach Würzburg zurück, wo ich am 23. Juli 1938 mein medizinisches Staatsexamen bestand.

Würzburg, im Dezember 1938.

Ehrenwörtliche Erklärung.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit unter Leitung von Herrn Geheimrat Prof. Dr. Schieck selbständig verfaßt und außer der angeführten Literatur keinerlei weitere Hilfsmittel dazu benutzt habe.

Hermann Quinkler.